

Evaluation der Arzneimitteltherapiequalität bei Patienten mit idiopathischem Parkinson-Syndrom

J.M. Vogelreuter, R.-J. Schulz

Lehrstuhl für Geriatrie der Universität zu Köln, Klinik für Geriatrie am St. Marien-Hospital Köln

Einführung

Die Pharmakotherapie von Patienten mit idiopathischem Parkinson-Syndrom (IPS) steht häufig im Gegensatz zur Leitlinie. Kernelement der Untersuchung war es, die Praktikabilität und Anwendungshäufigkeit der S2k-Leitlinie „Parkinson-Syndrome, Diagnostik und Therapie“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, 4. überarbeitete Auflage [1] bei multimorbiden, hochbetagten Patienten zu prüfen.

Nach der Leitlinie wird für Patienten < 70 Jahren ohne wesentliche Komorbidität standardmäßig eine Monotherapie mit einem Non-Ergot-Dopaminagonisten, bei > 70jährigen Patienten oder multimorbiden Patienten jeder Altersgruppe eine Levodopa-Monotherapie (immer in Kombination mit einem Decarboxylase-Inhibitor) empfohlen. Bei milder Symptomatik können beide Patientengruppen im Rahmen einer MAO-B-Hemmer-Monotherapie medikamentös eingestellt werden [1,2].

Methodik

Daten von Patienten mit IPS, die innerhalb eines definierten, 20-monatigen Zeitraums im St. Marien-Hospital Köln behandelt wurden, wurden retrospektiv erhoben und analysiert. Die Arzneimitteltherapien des IPS sowie fakultativ assoziierter Begleiterkrankungen/-symptome (Definition analog Leitlinie [1]) wurden nach anatomisch-therapeutisch-chemischem Code [3] klassifiziert und auf Leitlinienkonformität überprüft, Abweichungen wurden charakterisiert und quantifiziert. Gegenüberstellung der Situation im ambulanten Bereich (Abschätzung durch Beurteilung der Aufnahmemedikation) versus stationären Bereich (Abschätzung durch Beurteilung der Entlass-Medikation durch St. Marien-Hospital Köln).

Begleitend wurde u.a. geprüft, in welchem Maße die Arzneimitteldosierungen an verminderte Organleistungen angepasst wurden. Ebenso wurden die Arzneimitteltherapien nicht assoziierter Erkrankungen zum Zeitpunkt der Entlassung analysiert. Bei gleichzeitigem Auftreten mehrerer, behandlungsbedürftiger Krankheiten wurden die Patienten als multimorbide bezeichnet [4].

Ergebnisse

	Patientenkollektiv
Anzahl Patienten	122
Anteil Frauen / Männer	60,7 % (n=74) / 39,3 % (n=48)
Lebensalter	Ø 80,6 Jahre (Min. 62; Max. 95)
Multimorbidität	100 % (n=122)
ICD-codierte Diagnosen	Ø 12 (Min. 4; Max. 24)
Anzahl eingenommener Arzneimittel	Ø 9 (Min. 2; Max. 17)
Bekanntes Dysphagie/ positiver Daniels-Test	39,1 % (n=43 von 110 auswertbaren Patienten)
Bekanntes Obstipation(sneigung)	76,0 % (n=79 von 104 auswertbaren Patienten)
Patienten mit chronischer Nierenkrankheit Stadium 2-5 [5]	62,3 % (n=76)
Patienten mit Anzeichen depressiver Grundstimmung/ Depression*1	39,1 % (n=27 von 69 auswertbaren Patienten)
Patienten mit Hinweisen auf kognitive Einschränkung*1	45,7 % (n=37 von 81 auswertbaren Patienten)
Patienten mit mind. einem Sturz in den vergangenen 12 Monaten	93,7 % (n=74 von 79 auswertbaren Patienten)
Bekanntes Wirkungsfluktuationen	29,5 % (n=36)
Stadieneinteilung nach Hoehn und Yahr [5]	
Stadien 0 bis unter 3	3,3 % (n=4)
Stadium 3 oder 4	17,2 % (n=21)
Stadium 5	9,0 % (n=11)
Nicht näher bezeichnet	70,5 % (n=86)

*1 Erhebung zum Zeitpunkt der Entlassung

*2 Da die Verabreichung von Levodopa zwingend in Kombination mit einem Decarboxylasehemmer erfolgen muss, wird diese „2-Wirkstoff-Therapie“ in dieser Arbeit als Monotherapie benannt.

*3 Arzneimittel aus der Gruppe der Muskelrelaxanzien sowie der Antiphlogistika und Antirheumatika flossen entsprechend der ATC-Einteilung nicht in die Gruppe der Analgetika mit ein.

Arzneimitteltherapien IPS		
	Ambulante Therapie (n=24)	Stationäre Therapie (n=117)
Monotherapie	37,5 % (n=9). Häufigste Monotherapie*2: Levodopa/Benserazid	47,9 % (n=56). Häufigste Monotherapie*2: Levodopa/Benserazid
Kombinationstherapie	54,2 % (n=13). Häufigste Kombinationsth.: Levodopa/Benserazid oder Carbidopa + Pramipexol + Amantadin	50,4 % (n=59). Häufigste Kombinationsth.: Levodopa/Benserazid + Pramipexol
Keine Therapie	8,3 % (n=2)	1,7 % (n=2)
Formulierungen	In beiden Bereichen wurden überwiegend orale Formulierungen verabreicht (ambulant: 98,1 %, stationär: 97,5 %), davon insbesondere Standard-Formulierungen.	

Arzneimitteltherapien fakultativ assoziierter Begleiterkrankungen/ -symptome, Darstellung der drei größten Gruppen			
Anatomische Hauptgruppe	Therapeutische Untergruppe	Anteil Patienten, die mind. einen Wirkstoff aus der entsprechenden Gruppe einnehmen	Meist verordneter Wirkstoff
Aufnahmemedikation: Ambulante Therapie			
Nervensystem	Psychoanaleptika	50,0 % (n=12)	Mirtazapin / Sertralin
Nervensystem	Analgetika*3 Antiepileptika (wenn mutmaßlich im Rahmen der Schmerztherapie)	33,3 % (n=8) 8,3 % (n=2)	Metamizol-Natrium Pregabalin
Nervensystem	Psycholeptika	33,3 % (n=8)	Quetiapin
Entlassmedikation: Stationäre Therapie			
Nervensystem	Psycholeptika	41,9 % (n=49)	Quetiapin
Nervensystem	Analgetika*3 Antiepileptika (wenn mutmaßlich im Rahmen der Schmerztherapie)	40,2 % (n=47) 6,8 % (n=8)	Metamizol-Natrium Pregabalin
Alimentäres System und Stoffwechsel	Laxantien	40,2 % (n=47)	Macrogol + Salze

Prüfung auf Leitliniengerechtigkeit				
	A) Arzneimitteltherapien IPS		B) Arzneimitteltherapien fakultativ assoziierter Begleiterkrankungen/ -symptome	
	Ambulante Therapie (n=24)	Stat. Therapie (n=117)	Ambulante Therapie (n=52)	Stat. Therapie (n=255)
Therapie leitliniengerecht	8,3 % (n=2)	12,8 % (n=15)	21,2 % (n=11)	22,0 % (n=56)
Therapie nicht leitliniengerecht	37,5 % (n=9)	27,4 % (n=32)	9,6 % (n=5)	19,6 % (n=50)
Therapie nicht beurteilbar	54,2 % (n=13)	59,8 % (n=70)	69,2 % (n=36)	58,4 % (n=149)
Häufigste Gründe für Nicht-Beurteilbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Ungenaue Angaben in Leitlinie, zu z.B. Dosierung von Kombinationstherapien • Unzureichende Dokumentation durch behandelnde Ärzte, z.B. bzgl. Indikation - einer Kombinationstherapie - zum Einsatz von 2nd-line Arzneimitteln - zur Verabreichung besonderer Arzneimitteldosierungen/Formulierungen 		<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Angaben in Leitlinie, z.B. zur Arzneimitteltherapie bei Schmerzen, Schlafstörungen, Übelkeit • Unzureichende Dokumentation durch behandelnde Ärzte, z.B. Arzneimittelverabreichung ohne Diagnose 	

Bei der Beurteilung der IPS-Medikation wurde jede Therapie im Ganzen pro Patient bewertet, die Anzahl der Arzneimitteltherapien entspricht somit der Anzahl der Patienten (siehe A). Im Gegensatz dazu wurde jede Arzneimitteltherapie der fakultativ assoziierten Begleiterkrankungen/ -symptome einzeln geprüft (siehe B): zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme nahmen 24 Patienten insgesamt 52 Wirkstoffe/ fixe Wirkstoff-Kombinationen in den definierten Indikationen ein, bei Entlassung nahmen 117 Patienten insgesamt 255 Wirkstoffe/ fixe Wirkstoff-Kombinationen ein.

Schlussfolgerung

Die beschriebene Leitlinie vermittelt elementare Grundsätze für die Arzneimitteltherapie des IPS, die häufig nicht ausreichend berücksichtigt werden. Da bestimmte Aspekte z.B. in Hinblick auf Multimorbidität in der Leitlinie unvollständig erläutert werden, bleiben in einigen Therapiesituationen Unklarheiten über das bestmögliche Vorgehen, zuweilen ist eine leitliniengerechte Therapie nur eingeschränkt möglich. Notwendige Therapieabweichungen sollten dann bewusst erfolgen, was die Kenntnis der Leitlinieninhalte voraussetzt. Unzureichende Informationen über Krankheits- und Medikationshistorie der Patienten erschweren Geriatern Therapieoptimierungen, es sollte daher unbedingt eine lückenlose Dokumentation im niedergelassenen und stationären Bereich erfolgen.

Aus den Ergebnissen dieser Untersuchung wurden konkrete Empfehlungen abgeleitet, mit den Zielen, den behandelnden Ärzten das Einhalten elementarer Grundsätze für die Arzneimitteltherapie multimorbider IPS-Patienten im praktischen Alltag zu vereinfachen und die Dokumentation zu optimieren.

Literatur

- [1] Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie; 4. überarbeitete Auflage, ISBN 978-3-13-132414-6; Georg Thieme Verlag Stuttgart / AWMF-Leitlinien-Register Nr. 030/010
- [2] Leitlinien: Parkinson-Syndrome – Diagnostik und Therapie, Stand September 2012. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-010.html> (Zuletzt abgerufen am 29.01.2013)
- [3] http://wido.de/arz_atcddd-klassif.html (Zuletzt abgerufen am 23.06.2011)
- [4] Zerne S (2007). Multimorbidität im Alter. Grin-Verlag, p. 4, aus Fügen J (1988). Alterskrankheiten und stationäre Rehabilitation Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- [5] DIMDI (2010). ICD-10-GM Version 2010. <http://www.dimdi.de/stati/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/index.htm> (Zuletzt abgerufen am 10.01.2012)

Universität zu Köln
Lehrstuhl für Geriatrie
Klinik für Geriatrie am St. Marien-Hospital

Kontakt: jvogelreuter@gmx.de

